Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

S/C

Versión Taquigráfica N° 43 de 2010

ELECCIÓN DE VICEPRESIDENTE

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Líneas de acción a desarrollar en el presente Período de Gobierno
Incorporación al Seguro Nacional de Salud de las Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 11 de mayo de 2010

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señora Representante Berta Sanseverino.
MIEMBROS:	Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno, Roberto Frachia y Daniel Radío.
DELEGADO DE SECTOR:	Señor Representante Javier García
CONCURRE:	Señores Representantes Jaime Mario Trobo y Álvaro Vega Llanes.
INVITADOS:	Señor Ministro de Salud Pública, economista Daniel Olesker; Subsecretario, doctor Jorge Venegas; Director General de Salud, doctor Gilberto Ríos; Presidente de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), doctor Luis Enrique Gallo; Delegada del Ministerio de Salud Pública ante la JUNASA, señora Elena Clavell, y señor Martín Rodríguez, Asesor.

SEÑORA PRESIDENTA (Sanseverino).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Se pasa a considerar el asunto que figura en primer lugar del orden del día: "Vicepresidente. Elección".

Si no se hace uso de la palabra, se procederá a tomar la votación nominal.

(Se toma en el siguiente orden:)

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Por el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR FRACHIA.- Por el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR RADÍO.- Por el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- Por el señor Diputado Radío.

SEÑORA PRESIDENTA.- Por el señor Diputado Bianchi.

Han votado cinco señores Representantes: cuatro lo han hecho por el señor Representante Bianchi y uno por el señor Representante Radío.

En consecuencia, ha resultado electo Vicepresidente el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- Estaremos para colaborar con usted, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- El señor Ministro de Salud Pública aún no ha llegado, por lo que la Comisión pasa a intermedio.

(Es la hora 14 y 10)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 14 y 28)

(Ingresa a Sala el señor Ministro de Salud Pública y asesores)

——Tenemos un atraso importante porque la Comisión empieza a sesionar a las 14 horas.

Damos la bienvenida al señor Ministro de Salud Pública, economista Daniel Olesker; al señor Subsecretario de Salud Pública, doctor Jorge Venegas; al señor Director General de Salud, doctor Gilberto Ríos, al Presidente de la Junta Nacional de Salud, doctor Luis Gallo, a la representante del Ministerio de Salud Pública en la Junta Nacional de Salud, señora Elena Clavell y al asesor señor Martín Rodríguez.

Ha comenzado un nuevo Período de esta Legislatura, y en esta Comisión hay algunos parlamentarios que recién comenzamos nuestra actividad en este espacio.

En su oportunidad, enviamos al señor Ministro una nota en la que solicitamos su concurrencia para informarnos acerca de las principales líneas de acción definidas por esa Secretaría para la presente Administración y, además, para analizar la situación actual del proceso de inclusión de las Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales al Fondo Nacional de Salud, cuyos integrantes solicitaron entrevista y fueron recibidos por esta Comisión el pasado 13 de abril. En esa reunión nos plantearon una propuesta; enviamos al señor Ministro la versión taquigráfica de la reunión que mantuvimos con la Mesa Coordinadora de la Caja de Auxilio.

Hoy somos una Comisión muy numerosa porque hay varios Diputados que vinieron a informarse.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias por recibirnos; disculpen la tardanza.

En primer lugar, quiero aclarar las características de la delegación que me acompaña. El Ministerio de Salud Pública está estructurado en base a dos grandes unidades regulatorias: por un lado, la Dirección General de Salud, que es la policía sanitaria los Diputados que integran la Comisión desde otros Períodos lo saben, y se encarga de la vigilancia y, por otro, la Junta Nacional de Salud, órgano creado por la Ley Nº 18.211, que se encarga de la relación con los prestadores de salud y de la administración del seguro. Por eso pedí al señor Director General de la Salud, doctor Gilberto Ríos y a los dos representantes del Ministerio de Salud Pública en la JUNASA, doctor Luis Gallo y señora Elena Clavell, que nos acompañaran por si surgían, eventualmente, preguntas vinculadas a la DIGESA o a la Junta.

Respecto al primer planteo de la señora Presidenta de la Comisión, queremos señalar que en este segundo Período de Gobierno tendremos una política, fundamentalmente, de implementación de la Reforma.

Tendremos muchos menos aspectos legislativos, dado que como saben en el Período anterior se aprobaron cuatro leyes que constituyeron el cuerpo de la Reforma: la Ley Nº 18.131, que creó el FONASA; la Ley Nº 18.211, que creó el Sistema; la Nº 18.351, que descentralizó ASSE, y la ley de derechos a los usuarios y de los pacientes. Por lo tanto, si bien hay aspectos legislativos en los que hay que seguir trabajando, el grueso de nuestro trabajo estará orientado a la implementación de la Reforma.

En ese sentido, a efectos de resumir la presentación, quiero destacar cuatro grandes ejes de la política del Ministerio de Salud Pública en este Período. En primer lugar, la universalización del Seguro Nacional de Salud que tiene a su vez la universalización del seguro, cuyo eje está previsto en la Ley Nº 18.211, otorgando plazos para la incorporación de colectivos que la propia ley determina, por ejemplo, a los cónyuges, a las cajas de auxilio de la que luego voy a hablar, porque es uno de los temas de la convocatoria y a los profesionales que trabajan fuera de la relación de dependencia. Esos tres colectivos están previstos, tienen fechas, plazos y mecanismos de ingreso y, por lo tanto, nuestro trabajo es solamente la implementación.

Además, la ley menciona dos colectivos que deja librados a la voluntad política de ingresarlos al sistema, pero no establece plazos ni forma. Se trata de los trabajadores municipales a quienes la ley faculta al Poder Ejecutivo para ingresarlos y de los pasivos que, reitero la ley no establece más que la voluntad de ingresarlos.

Respecto a los trabajadores municipales, estábamos esperando que se terminara de definir el elenco de los nuevos gobernantes departamentales, a fin de solicitar una reunión al Congreso de Intendentes para discutir la idea que tienen los Intendentes respecto al ingreso de estos funcionarios al Seguro Nacional de Salud. Al respecto hay que diferenciar dos situaciones porque hay quince gobiernos departamentales que tienen acuerdos con mutualistas a las que les pagan la atención sanitaria de sus trabajadores y cuatro que tienen acuerdo con ASSE pagándole a esta los servicios de sus trabajadores. Son situaciones distintas que vamos a trabajar de manera distinta.

Respecto al otro colectivo, a los jubilados, cuando presentemos el diseño presupuestal, ahí estará incluido el proceso de incorporación y los tiempos que eso lleve.

El segundo punto, tiene que ver con los programas de salud, con las prioridades en materia asistencial y de salud. En ese sentido, nos hemos planteado cinco prioridades que diferencian o profundizan las del período anterior. En primer lugar, que a partir del 1º de enero de 2011 se incorpore la salud mental como prestación obligatoria en el sistema de salud colectiva.

En segundo término, por aplicación del artículo 40 de la Ley Nº 18.211 que en algún momento de ese año se incorpore como obligatorio al sistema de salud la emergencia o la llamada clave 1.

En tercer lugar, la creación de un programa de salud rural que fundamentalmente tiene como componente el estímulo de la radicación de profesionales en el medio rural y un ambulatorio volante que recorra los distintos poblados del interior llevando la atención sanitaria a dichos lugares. Estamos muy convencidos de que la Ley Nº 18.211 creó un sistema de derechos formales para los trabajadores urbanos y rurales, pero que en la práctica las condiciones asistenciales, tanto del mutualismo como de ASSE, todavía no permiten llegar a esos lugares alejados con la misma capacidad y calidad que los servicios en el medio urbano. Por lo tanto, vamos a promover a través de estímulos económicos, la radicación de profesionales en el medio rural.

En cuarto término, dentro de las prioridades asistenciales proponemos la transformación de nuestro viejo carné de salud hoy llamado "clínicas preventivas" que ha tenido una mejora muy importante en su capacidad de atención a tal punto que en el día de ayer fue premiado en el otorgamiento de premios de la calidad de atención a la ciudadanía en un instituto de salud del trabajador. Es decir, en un lugar en donde además de tramitarse el carné de salud se desarrolle convenios con empresas para desarrollar políticas hacia las enfermedades profesionales particulares de cada lugar y no solamente el carné de salud general.

Finalmente, en quinto lugar, entre las prioridades asistenciales, está también la incorporación no en el 2011 sino bastante más adelante de acuerdo con las disponibilidades económicas que el propio sistema vaya generando de la salud bucal, que hoy tiene una participación bastante pequeña en el sistema de salud colectiva. La idea es ir incorporando otras prestaciones en el correr del quinquenio.

Respecto a la regulación del sistema, como saben los señores Diputados, nosotros desarrollamos una reforma que tiene como base la existencia de dos subsistemas: uno privado compuesto en un 95% por instituciones de

asistencia médica colectiva y un 5% por seguros privados y uno público básicamente compuesto por ASSE, también en complementación con Sanidad Militar, Hospital Policial, Hospital de Clínicas y la red de policlínicos de los Gobiernos departamentales. Es un proceso de integración público-privado. Nosotros reafirmamos este camino como el más idóneo para seguir desarrollando la reforma de salud. Creemos que un sistema mixto como el que desarrollamos con un fondo público que lo financia es la mejor solución para una reforma de salud. En ese contexto de articulación público-privado adquiere mucha importancia la regulación. Como dije hoy al principio, la regulación la tenemos orientada básicamente en dos grandes ejes: la DIGESA, como policía sanitaria y la Junta Nacional de Salud, como regulación de los prestadores. Allí, introdujimos el contrato de gestión, que es algo inédito en los sistemas de salud del mundo, donde hay muchos contratos de gestión pero son entre Ministerios de Salud Pública y hospitales públicos; son contratos de gestión a la interna del sector público. Nosotros introdujimos esos contratos de gestión en el sector privado o en el sector mutual y en 2008 determinaron la manera en que se relaciona el gobierno sanitario con los prestadores. En esos contratos de gestión incluimos también las metas asistenciales, que también es una innovación que incorporamos al pagar una parte de la cuota salud por desempeño y rendimiento, vinculado fundamentalmente a niñez, embarazo y médico de referencia o de cabecera. La idea es potenciar los contratos de gestión e incrementar el peso de las metas asistenciales en el conjunto de la regulación del sistema, incorporando a la población adolescente por un lado, junto a la población de niños y mujeres embarazadas y aumentando el grado de cobertura del médico de referencia o de cabecera, que hoy llega a un 35% de la población menor de catorce años y mayor de cuarenta y cinco años, llevándolo al final del quinquenio al cien por cien de la población.

Respecto a la DIGESA, quiero señalar que hemos incorporado unidades de epidemiología departamentales vamos a comenzar a hacer la distribución a partir de julio en todo el país, de manera que en cada uno de los departamentos puedan atenderse los problemas epidemiológicos particulares. No es lo mismo la epidemiología de frontera que la del centro del país; no es lo mismo Montevideo que Rivera, Colonia que Lavalleja. Por lo tanto, vamos a incorporar unidades de epidemiología en las direcciones departamentales de salud en todo el país en forma progresiva a partir de los próximos meses hasta culminar a fines de este año o a principios del próximo.

El sistema sanitario uruguayo tenía mecanismos de habilitación de los prestadores, pero no tenía mecanismos de acreditación de la calidad de las prestaciones, algo que es bastante común en muchas partes del mundo

Por tanto, queremos incorporar un sistema de acreditación para que efectivamente el nivel de competencia ante instituciones sea cada vez más por las acreditaciones en calidad y cada vez menos por aspectos vinculados al cobro de tiques, órdenes o a la publicidad en los medios de comunicación.

Para culminar esta primera presentación de los objetivos de la reforma sanitaria en esta segunda etapa, queremos trabajar en la reconfiguración del mercado de trabajo en el sector salud. En el primer período de Gobierno nos propusimos, alineados con lo que fue la política salarial general del Gobierno, recuperar el salario perdido durante la Administración previa a 2005 y, por otro lado, reducir la brecha que separaba los salarios públicos de los salarios privados. Hoy la realidad es que en el sector no médico los salarios públicos están nivelados con los salarios privados. Inclusive, en áreas como las de licenciadas en enfermería, el salario público es superior al laudo del sector privado. En el sector médico estamos entre 70% y 80% del salario público respecto del privado; es decir, hemos achicado la brecha, que es bastante menor en el interior y bastante mayor en Montevideo. Cuando nosotros empezamos la brecha era 30% y la hemos reducido 100%. Lograda esa etapa de recuperación salarial, nos planteamos en el segundo período mantener el salario real de los trabajadores desarrollado durante el primer período. Proponemos que todo incremento de salario real en el segundo período esté asociado a nuevas formas de organización del trabajo y a nuevas modalidades, es decir, el plus que se otorgue a los salarios tanto públicos como privados ambos se gestan en la negociación colectiva; los públicos en la negociación pública y los privados en el Grupo 15 del Consejo de Salarios se hagan a través de mecanismos de nueva organización del trabajo. Allí hemos propuesto básicamente cuatro objetivos. En primer lugar, el que ya mencioné, refiere a la estimulación de la radicación de profesionales en el interior del país y, en particular, en el medio rural. En segundo término, los estímulos a la alta dedicación, combatiendo el multiempleo, que es una forma de reducir notoriamente la eficiencia en el trabajo. El tercer objetivo tiene que ver con asociar el crecimiento de los salarios esto vale para los dos sectores, pero particularmente para el sector privado al crecimiento del sector, a lo que genéricamente podríamos llamar la productividad del sector. En el sector salud el indicador de productividad es relativamente más complejo de elaborar que el de una industria en que se divide el producto entre horas trabajadas. Estamos trabajando en un

indicador de productividad del sector privado en salud, que vamos a proponer a los trabajadores y a las empresas como indicador de crecimiento. Y en cuarto y último lugar, proponemos incorporar en esa alta dedicación que estamos promoviendo, la formación profesional continua, la capacitación y todas las formas de mejora en la calidad de atención que no es asistencia directa, ateneos, congresos, estudios, que de alguna manera conforme el salario de los trabajadores como parte de esa negociación salarial. De esa manera iríamos a un sistema de alta dedicación, con la capacitación y formación profesional incluida, con estímulos a la radicación en el interior y asociando el crecimiento salarial por encima de la inflación a los niveles de crecimiento del propio sector que, dicho sea de paso, estimamos va a crecer en este período por la incorporación de muchos colectivos que están previstos en la ley y otros fuera de ella.

Creemos que esto es posible tanto en el contexto empresarial público como privado. El contexto en que nos encontramos es de crecimiento, de estabilidad, no hay instituciones deficitarias. El nivel de inversión del año 2008 en el sector mutual todavía no se cerró el 2009, por eso no tenemos la información, pero va a ser bastante parecido fue de US$ 40:000.000: US$ 21:000.000 en Montevideo y US$ 19:000.000 en el interior. Creo que cualquiera que recorre las instalaciones mutuales, tanto en Montevideo como en el interior, puede percibir lo que ha sido el incremento de la capacidad instalada muy diversa en edificios, en policlínicos, en equipamiento, en imagenología y también en recursos humanos. Entre 2005 y 2009 se han creado 4.500 puestos de trabajo en el sector salud mutual. Fruto del multiempleo muchas personas ya tenían trabajo y tomaron un segundo o consiguieron dos nuevos, pero en términos de puestos de trabajo efectivos, se crearon más de 4.500 en estos cinco años. Sintetizo: ingresos al FONASA para universalizarlo, programas de salud basados fundamentalmente en la incorporación de nuevas prestaciones como mental, bucal y emergencia, con prioridad en el interior del país y en el medio rural, Instituto de Salud del Trabajador, fortalecimiento de la regulación y mayor control a través de la JUNASA y la DIGESA sobre los prestadores públicos y privados, y una nueva política de recursos humanos que reconfigure el mercado de trabajo y haga que este se aliñe con los objetivos del cambio de modelo de atención, privilegiando a aquellos profesionales que trabajan más cerca del primer nivel de atención, que hoy están excesivamente sumergidos respecto a los que trabajan en los niveles de mayor complejidad.

SEÑOR CHIESA.- Quiero agradecer la presencia de los señores Ministro y Subsecretario de Salud Pública y la de los demás integrantes del Ministerio con su grupo de asesores.

Lamentablemente, el tiempo de que disponemos es muy acotado pero como el de las cajas de auxilio es un tema que ha generado gran sensibilidad a nivel de la opinión pública, me gustaría hacer algunas preguntas para saber cuál es la opinión de los represented del Ministerio. Aclaro que también hemos tenido el gusto de recibir en esta Comisión a los representantes de las cajas de auxilio, por lo que muchos de los temas ya han sido desarrollados en este ámbito.

En primer lugar, ¿cuál es la situación en la que quedarán los dependientes de las cajas de auxilio? ¿Serán despedidos, como ya sucedió con las cajas del sector financiero? ¿Podrán seguir funcionando las cajas mientras den beneficios a sus trabajadores?

En segundo término, ¿cuántas cajas de auxilio existen a la fecha y qué se va a hacer con ellas?

En tercer lugar, me gustaría conocer qué costo tienen las cajas de auxilio para el Ministerio y para el Estado.

En cuarto término, ¿cuál es la opinión del señor Ministro con respecto a los derechos adquiridos de los trabajadores que aportan a las cajas de auxilio?

En quinto lugar, me gustaría saber cómo harán los trabajadores para conservar los derechos que hoy tienen, por ejemplo, subsidio por enfermedad, odontología, cobertura complementaria de salud para familiares a cargo no comprendidos en el FONASA, devolución de las tasas moderadoras, etcétera. ¿Los perderán o serán brindados por el Banco de Previsión Social?

Según lo manifestado en la última reunión de la Comisión de Salud Pública por el contador Alves, integrante de la Mesa Nacional Coordinadora de Cajas de Auxilio y Seguros de Enfermedad, el presupuesto de las cajas de auxilio dentro del FONASA sería del 2% del total. De eso, según los costos de las cajas de auxilio, más de la mitad se va en la cuota mutual, por lo que queda menos del 50% para las otras prestaciones que, en definitiva, son la razón de la existencia de estas cajas: seguro de enfermedad, suministro de productos

farmacéuticos, servicio odontológico, etcétera. Por lo expuesto, solo el 1% del presupuesto del FONASA se destinaría a las citadas prestaciones. Entonces, ¿qué finalidad tiene modificar un sistema que funciona correctamente, sin quejas por parte de los beneficiarios, que tiene una incidencia mínima en el presupuesto total y que cubre las necesidades de entre cien y doscientas mil personas? ¿Podría corroborar estos números el señor Ministro o sus asesores?

SEÑOR RADÍO.- Quiero agradecer la presencia del señor Ministro y de todo su equipo, entre los cuales reconocemos a algunos amigos de largo tiempo.

En realidad, de las preguntas del señor Diputado Chiesa me preocupa el hecho de que se aproximan a la ley de Murphy: si algo malo puede acontecer, acontecerá. Y a nosotros nos da la impresión de que a lo mejor no es necesario todavía contestar alguna de esas preguntas.

Queríamos aprovechar la presencia aquí del señor Ministro para, entre otras cosas, poner en su conocimiento que seguramente esta semana tal vez hoy mismo vamos a dar estado parlamentario al proyecto de ley que fue elaborado por la coordinadora de las cajas de auxilio y que el señor Ministro conoce.

Queremos manifestarle que compartimos los contenidos del proyecto basándonos en tres ejes fundamentales. El primero es el que posibilita el cumplimiento de las normativas que establecen la incorporación de los trabajadores al Sistema Nacional de Salud; las normativas vigentes no establecen esta modalidad de incorporación, por lo que nos parece que en este proyecto las cajas de auxilio de alguna manera lo hacen y sin costos para el Estado. De esta manera se logra que el Banco de Previsión Social no se deba hacer cargo del subsidio por enfermedad y se propone un aporte adicional en función de la capacidad contributiva de las afiliadas y de los afiliados a las cajas de auxilio.

A nosotros nos parece que esa es una alternativa deseable, en la medida en que evita algo que se parece mucho a una rebaja salarial en período de enfermedad, en el sentido de topear la retribución que la persona recibe cuando se enferma, que es justamente cuando no puede salir a vender su fuerza de trabajo por decirlo de alguna manera y cuando en general sus ingresos y sus gastos se ven aumentados. De esta manera, se evita que en ese período de la vida de la gente su retribución se parezca al mínimo necesario para reproducir su fuerza de trabajo, según podría aparecer en un discurso de siglo XIX.

El otro gran argumento, que me parece el de más importancia, es el vinculado a una cuestión filosófica de fondo que es que las cajas de auxilio son un testimonio de un mecanismo de cogestión entre los trabajadores y los empresarios que, lejos de ser desestimulado, es digno de ser imitado y hasta Uruguay podría mostrarlo con orgullo, en la misma medida en que han demostrado ser exitosos, insisto, sin costo para el Estado.

El proyecto que ha propuesto la Mesa Nacional Coordinadora de Cajas de Auxilio y Seguros de Enfermedad, que hicimos nuestro y al que le vamos a dar estado parlamentario, logra estos objetivos: por un lado, el mantenimiento de los beneficios para un sector importante de los trabajadores que además es una conquista de los trabajadores; nos acordamos de las palabras del doctor Juan Carlos Macedo, cuando decía que podíamos exhibir con orgullo este logro y, por otro, que podemos continuar adelante con este testimonio de cogestión obrero empresarial que nos parece muy interesante.

SEÑOR TROBO.- Me parece que las preguntas del señor Diputado Chiesa van al centro de la cuestión y de las preocupaciones. Esta no es la instancia en la que vengamos a decir qué es lo que nos parece. Eso ya se sabe. Nosotros también tenemos un proyecto de ley, que está en la Comisión de Hacienda hace ya más de un mes, que establece por orden legal esperamos que los Diputados del Gobierno lo acompañen que las cajas deben seguir existiendo. Obviamente, es muy importante saber qué opina el señor Ministro y el Gobierno respecto de las cajas de auxilio y su destino, y luego de la primera exposición del Ministerio haremos preguntas particulares vinculadas con todos los problemas que han ido surgiendo y que estamos enterados de que existen.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Plantearemos nuestro punto de vista respecto de este tema, donde estarán contenidas prácticamente todas las respuestas de las preguntas formuladas por el señor Diputado Chiesa, pero si no fuera así, responderé luego.

Debo hacer dos consideraciones previas antes del aspecto instrumental. En primer lugar, creemos que un seguro nacional de salud debe ser de carácter universal, no debe tener perforaciones internas y abarcar progresivamente en parte, esta progresividad fue la que determinó que hubiera colectivos que no ingresaran al sistema en el 2008, cuando se aprobó la ley al conjunto de las personas, porque un seguro nacional de salud tiene como base que de un lado se aporte por ingreso y del otro se reciba de acuerdo con sus necesidades. Para que esto sea viable, para que el fondo centralizado que recibe por ingresos y paga de acuerdo con necesidades, todos deben estar adentro, tanto los que aportan más como los que aportan menos, y los que usan más como los que usan menos. El Seguro Nacional de Salud cruza, por un lado, ingresos y, por otro, utilizaciones, básicamente ligadas a la edad, al sexo o las enfermedades crónicas prevalentes.

En segundo término, reconocemos la existencia de los seguros convencionales previstos en la Ley Nº 14.407 y que hoy tienen una serie de prestaciones por encima de lo que actualmente puede dar el Seguro Nacional de Salud algunas en salud y otras de seguridad social, y no será lo mismo mañana, el año que viene ni en el 2012, cuando vayan ingresando al sistema, por ejemplo, los cónyuges o la salud bucal. Por lo tanto, el Poder Ejecutivo está dispuesto a generar los marcos legales para que la figura de los seguros convencionales siga existiendo. De hecho, junto con los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Economía y Finanzas ya empezamos a avanzar en una propuesta que permita legalmente la continuidad de los seguros convencionales, con dos objetivos. Por un lado, permitir que sigan dando las prestaciones complementarias no cubiertas por el Seguro Nacional de Salud y, por otro, que mantengan bajo su patrimonio los activos acumulados durante todos estos años, que el Gobierno no tiene ninguna intención de quedárselos, ya que surgieron de los ahorros que en su momento hicieron estas organizaciones bipartitas de trabajadores y de empresas.

Estamos trabajando en estas dos premisas, y anunciamos no lo quisimos hacer antes de concurrir a la Comisión que mañana haremos una convocatoria al Plenario de Cajas de Auxilio y de Seguros Convencionales de Enfermedad para empezar, junto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que en el fondo, quiero recordarlo siempre, es el responsable último de los seguros convencionales, porque la legalidad de los seguros convencionales depende del Banco de Previsión Social y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a trabajar bajo estos dos preceptos.

En cuanto a lo particular y respondiendo algunas preguntas, actualmente las cajas de auxilio o seguros convencionales reúnen aproximadamente a 60.000 trabajadores; esta es la cifra que tiene el Banco de Previsión Social. Hablar de los beneficiarios totales es muy difícil, porque son muy distintos; en algunos casos, efectivamente, son cubiertos por el seguro convencional y, en otros, el seguro simplemente hace un acuerdo con una mutual por el que obtiene algunos beneficios para un familiar. Entonces, es discutible el número de beneficiarios. Si bien existen unos cuarenta seguros convencionales, todos sabemos que una decena son los que tienen más desarrollo y cubren a la mayor parte de los trabajadores.

En cuanto al costo de estas cajas, estimamos que el saldo neto de los aportes obrero patronales que realizarían de ingresar al FONASA, porque hoy el aporte obrero es del 3%, pero teniendo en cuenta el aporte adicional, que se genera a partir de la reforma y descontando las cápitas ajustadas por edad y sexo a precios de 2009 sería de aproximadamente $ 900:000.000. Esta sería la diferencia entre las contribuciones de los trabajadores de las cajas y el costo de sus cápitas, ajustadas por edad y sexo. Esta cifra coincide relativamente con el 50% y el 50% que mencionó el señor Diputado Chiesa.

Es decir que desde el punto de vista del costo del Estado la no incorporación del aporte total de los seguros convencionales al Fondo Nacional de Salud significa una menor contribución de US$ 45:000.000, unos $ 900:000.000.

SEÑOR TROBO.- Cuando el señor Ministro plantea esta cifra, ¿se refiere a lo que correspondería aportar a quienes están en el régimen de las cajas de auxilio por la vía de la aplicación del impuesto del Fondo Nacional de Salud?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- A lo que correspondería a enero de 2011 si ingresaran al FONASA. Es decir, si estos trabajadores ingresaran al FONASA, aportarían $ 1.800:000.000 por la vía obrero patronal y el Fondo Nacional de Salud pagaría las cuotas de esos trabajadores y de sus hijos menores de dieciocho años, y a esa altura ya de algunos cónyuges porque el 31 de diciembre de 2010 ingresarían al sistema algunos, lo que costaría $ 900:000.000.

SEÑOR TROBO.- Me surge una pregunta: ¿por qué ahora? ¿Por qué se va a citar mañana a la Coordinadora? Como el señor Ministro sabe muy bien este tema está planteado desde el momento en que se discutió en el Parlamento la ley de creación del Fondo Nacional de Salud y del Seguro Nacional de Salud. En aquel momento recibimos de las cajas una opinión, un reclamo realmente fuerte con respecto a este tema advirtiendo acerca de la pérdida de derechos que habían sido conquistados por los trabajadores de acuerdo con sus empleadores. En aquel momento se dijo que de ningún modo esto tenía solución, que no había arreglo, que había que hacerlo. No se advirtió, como señalamos, que esta situación generaría una serie de problemas y que necesariamente habría que corregirlos por la vía legal.

Sin perjuicio de que la ley no establezca que las cajas dejen de existir, de hecho dejarán de existir, y con esto se irán una cantidad de prestaciones accesorias, algunas que integran el Fondo Nacional de Salud y otras no, y tampoco en el futuro porque son prestaciones de seguridad social.

Es decir, se trata de un tema particular que tendría que haberse analizado con otra sensibilidad, desde una visión amplia, que permitiera compatibilizar, dentro de la seguridad social en general, algunos aspectos como el relativo a las cajas. Porque, ¿cuáles fueron las consecuencias? En algunos casos, catastróficas; alguna gente perdió su empleo, ya que algunas cajas dejaron de funcionar.

Me llama la atención que el señor Ministro afirme que no se quiere echar mano de los activos de las cajas, porque cuento con una resolución del Banco de Previsión Social, que fue notificada a dos cajas: a CAIFIN, que ha despedido personal, y a Real Seguros. Dicha resolución establece: "Sres.- Seguro Convencional: (...) Se comunica al Seguro Convencional, pase a la brevedad por nuestras oficinas a fin de notificarse de la R.D. 10-18/2010 (Designación Comisión Liquidadora), tramitada en el expediente 2010/1/7735.- A tal fin podrán concurrir representantes legales del Seguro, o persona formalmente autorizada mediante escrito manado por la autoridad del mismo. [...]". Esto es la liquidación de dos cajas de auxilio, y esto está ocurriendo hoy día. Esta nota es de fecha 4 de mayo de 2010; muy reciente, de la semana pasada.

Entonces, me sorprende y me extraña la afirmación realizada en el sentido de que no se va a tomar ninguna medida con las cajas. Se están liquidando cajas y, a la vez, recién ahora se está planteando la apertura de un diálogo sobre un tema que debería estar resuelto desde hace ya más de dos años.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En los años 2008 y 2009, una vez que tomamos la resolución de postergar el tema hasta el 2011, este sería un asunto del siguiente Gobierno por lo que, obviamente, no abrimos un marco de negociación para una cuestión que no sabíamos si nos iba a competer. Por lo tanto, una vez que asumimos, y teniendo el plazo, lo hemos abordado. Consideramos que es muy pronto para actuar; lo hacemos porque, como dijo el señor Diputado Chiesa, las propias cajas han puesto el tema en estado público. Nosotros hoy estamos preocupados por otros temas como, por ejemplo, el del Presupuesto, que debemos enviar antes del 31 de agosto, y para un asunto que lauda el 1º de enero de 2011 hubiéramos citado más adelante. Lo hacemos tan temprano en el año simplemente porque el tema ha tomado estado público, pero tenemos ocho meses por delante sobre la base de los dos principios que cité al inicio: que al Seguro Nacional Integrado de Salud deben entrar los trabajadores porque es parte de la ley, y que los seguros convencionales continúen funcionando para brindar las prestaciones complementarias y mantener sus activos. Y para eso sí tenemos pensado elaborar un proyecto de ley que evite la posibilidad de liquidación de estas cajas.

SEÑOR TROBO.- El 1º de enero de 2010 pasaron, de facto, al Sistema Nacional Integrado de Salud, o al FONASA, dos cajas de auxilio, si no más por lo menos las que tengo identificadas son dos, que están vinculadas al tema financiero digo al tema financiero porque no son parte del sistema financiero o de las cajas que estaban incluidas dentro del sector banca, y que habían acordado con sus patrones mantener las prestaciones por fuera del régimen del FONASA que tenían anteriormente. Es decir que hay cajas que fueron orientadas compulsivamente a ingresar al FONASA a partir del 1º de enero del año 2010, cuya consecuencia es la que he leído: la liquidación. Y eso pasó hace dos meses.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Eso es lo que no va a pasar.

SEÑOR TROBO.- Bueno, pero lo que quiero decir es que si usted viene y nos dice que esta Administración va a continuar la política de la Administración anterior, y después me dice que usted recién se está haciendo cargo del tema, cuando es de los actores determinantes de la ley de creación del FONASA y del Sistema Nacional Integrado de Salud, de los que señaló en el Parlamento que las cajas no iban a existir más a estos efectos de la prestación de salud, lo que nosotros estamos preguntando es por qué recién ahora se da esta situación. E insisto con la pregunta: ¿cuál es la solución definitiva con estas cajas que van a ir a la liquidación? ¿Qué vamos a hacer ahora con estas personas que han acordado con sus patrones el financiamiento de algún tipo de prestaciones? ¿Vamos a hacer constituir de nuevo sus cajas, reconstruir su patrimonio para que tengan esas prestaciones accesorias? O lo que se pretende aquí es decir: "Bueno, ¿saben una cosa? Lamento mucho; paguen más para tener esas prestaciones porque, en realidad, para tener la misma prestación que tenían antes deben pagar lo mismo que pagaban por una prestación excesiva con respecto a las que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud". La pregunta es obvia: ¿por qué recién ahora se da esto y cuál es el mecanismo para corregirlo?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Obviamente, hoy no vamos a poder referirnos al mecanismo porque estamos evaluándolo, repito: con plazo suficiente hasta el 1º de enero de 2011.

Yo estaba hablando de los derechos adquiridos. Me parece que en ese sentido hay que diferenciar tres tipos. Con respecto a los derechos adquiridos que van a incorporarse en el Fondo Nacional de Salud a lo largo del quinquenio no va a haber diferencia y, por lo tanto, van a estar incorporados. En cuanto a los copagos de los que se habló aquí, nosotros tenemos una norma que establece que cuando una persona ingresa al Fondo Nacional de Salud y tiene convenio con una institución de asistencia médica colectiva como afiliado individual, porque las cajas implican afiliados individuales más allá de que sean de la seguridad social las personas figuran como afiliados individuales-, la institución debe mantenerle todos los beneficios en materia de tiques y órdenes que haya conveniado y, por lo tanto, no se van a perder aunque pasen de ser afiliados individuales por la caja de auxilio a afiliados colectivos por el FONASA.

Con respecto al seguro por enfermedad, que nos parece la principal preocupación porque es una prestación de seguridad social que hay que incorporar en la discusión general de la seguridad social, a través de la convocatoria junto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vamos a discutir con estos seguros convencionales, cómo se puede financiar el mantenimiento de esa prestación adicional. Y como dice el señor Diputado Radío, habrá una propuesta de parte de las cajas que ya conocemos en cuanto a cómo realizar la financiación, que es con fondos del FONASA, y puede haber otras propuestas vinculadas con nuevos acuerdos obrero patronales respecto al financiamiento. No sabemos cuál va a ser el resultado sino que será la consecuencia de esta negociación que vamos a realizar a partir de ahora, exclusivamente para las prestaciones de la seguridad social, porque repito que las prestaciones de salud se van a ir incorporando progresivamente en el propio mecanismo del sistema.

Con esta intervención creo haber contestado la mayor parte de las interrogantes en cuanto a los derechos adquiridos, el costo de las cajas de auxilio y la situación futura, ya que a nuestro juicio deben seguir existiendo para las prestaciones complementarias lo repito con financiamiento que se obtenga de la propia negociación obrero patronal, y vamos a abrir una instancia especial de negociación sobre el tema del subsidio por enfermedad.

SEÑOR TROBO.- ¿La liquidación que está en trámite?

SEÑOR RÍOS.- No conozco el caso particular, pero independientemente de conocerlo tengo entendido que la forma jurídica de las cajas establece que si en alguna circunstancia, más allá de esta discusión sobre el ingreso al FONASA, por su desarrollo tienen problemas de equilibrio financiero y deben cerrar, la liquidación siempre pasa al Estado. Creo que ese es el trámite.

SEÑOR TROBO.- Eso lo sabemos, pero este caso está vinculado con su pasaje al FONASA.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Lo vamos a averiguar.

SEÑOR TROBO.- A mi juicio es un tema grave.

SEÑOR GARCÍA.- Saludo públicamente al señor Ministro Olesker, al señor Subsecretario y a todo su equipo, y quiero hacer una pregunta sobre la exposición que realizó.

Me llamó la atención el costo, es decir los $ 900:000.000 que significaría el ingreso al Fondo Nacional de Salud de las personas que hoy están atendidas por seguros convencionales o cajas de auxilio. El señor Ministro presupuestaba esa cifra en unos $ 900:000.000. No termino de entender lo siguiente. El Uruguay tiene aproximadamente cincuenta mil o sesenta mil beneficiarios no sé el número exacto; lo decía el señor Ministro por cajas de auxilios o seguros convencionales. El señor Ministro decía que no tenía clara la extensión del núcleo familiar de esos beneficiarios directos, en virtud de que había diferentes realidades, ya que pueden tener cajas de auxilio distintas en convenio con mutualistas, seguramente para beneficio de familiares del beneficiario directo. No sabiendo el universo que es asistido en cajas de auxilio, ¿cómo se hace para saber el universo que va a ingresar en el FONASA y el costo? Porque perfectamente puede haber integrantes del núcleo familiar del beneficiario directo de caja de auxilio que hoy tengan cobertura total y que vayan a pasar para el FONASA y, por lo tanto, esa persona equis no significaría costo para el FONASA. Entonces, ¿cómo se hace el cálculo del costo cuando no se sabe el universo que se está costeando? No sé si la pregunta queda clara.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Obviamente, se trata de un costo fiscal estimado que toma como base el total de afiliados a las cajas de auxilio dato que sí se sabe y una estimación basada en las informaciones que da el BPS con respecto a sus hijos menores de 18 años, y se aplica porque los datos de edad y sexo de esos trabajadores directos se tienen, y eso es lo que da $ 900:000.000.

Puede suceder que, por mecanismo de doble cobertura, alguno no la tenga, con lo cual el excedente sería aún mayor, es decir, el superávit que le aportaría al Fondo Nacional de Salud sería aún mayor. Este es un superávit de base, tomando en cuenta el costo máximo que podría tener si hubiera que financiar todas las cuotas de salud de todos los trabajadores y de la estimación de los hijos, en función de la información sobre edad y sexo que nos otorga el BPS.

SEÑOR GARCÍA.- Entonces, ¿cómo se entiende que puede haber un costo que debería estar asociado a un derecho que se adquiere por ingreso al FONASA, cuando esa persona, al ingresar, ya tiene derechos inclusive superiores en el otro sistema? ¿Cómo puede ser que a los contribuyentes, a todos nosotros, nos salga dinero ingresar al sistema de salud a gente que ya tiene la cobertura de salud cuando dicha cobertura no le significa ninguna erogación a los contribuyentes uruguayos porque está pagada directamente por el aporte del trabajador o por el aporte patronal en la Caja de auxilio? Si entiendo bien de lo que estamos hablando y creo que lo entiendo, los contribuyentes uruguayos vamos a pagar por un derecho de una persona a su cobertura de salud, a pesar de que ya tiene el derecho y la cobertura. Parece la ganancia del "tío bachicha" como decía mi madre. Estamos pagando algo a un uruguayo, el ingreso al FONASA nos va a costar a todos este ingreso al FONASA, cuando este uruguayo ya tiene cobertura de salud e, inclusive, ya tiene beneficios por ser beneficiario de una Caja de Auxilio superiores a los que da el FONASA.

(Interrupciones)

——¡Claro! Ingresar cierto núcleo al FONASA tiene un costo.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No, es al revés. No ingresarlo tiene un costo. Si yo no ingresara a este colectivo al FONASA y lo mantuviera en las condiciones por las cuales las Cajas pagaran los novecientos millones que cuestan las cápitas que es en esencia la propuesta que comentaba el señor Diputado Radío, eso va a hacer que el Fondo Nacional de Salud tenga un menor ingreso, porque no le ingresan todos los aportes obreros y patronales de este colectivo y, por lo tanto, el resto de los contribuyentes va a tener que contribuir con US$ 45:000.000 más que no van a ingresar al Fondo y que van a generar un déficit potencial del Fondo por el no ingreso de estos colectivos. Quiere decir que es al revés: nosotros pagaríamos por el no ingreso de estos colectivos; si ingresaran, eso produciría el déficit global del Seguro Nacional de Salud.

SEÑOR GARCÍA.- Ahora lo entiendo.

SEÑOR TROBO.- La verdad es que quiero insistir porque el señor Ministro no me ha dicho absolutamente nada. El señor Ministro ha dicho que mañana no sabe en qué coordenadas y en qué líneas se van a sentar con la Mesa Coordinadora de Cajas de Auxilio, que obviamente tiene el legítimo derecho a reclamar una respuesta porque se está confrontando un derecho que han adquirido, que han pactado pacíficamente con sus empleadores y que tiene particularidades diversas. Sin duda, la realidad es variopinta: algunas cumplen exclusivamente con el objetivo de su origen, que era la prestación de salud y nada más que eso. Yo diría que son las menos, porque las más han ido agregando por razón de sucesivas negociaciones otro tipo de beneficios, que tienen que ver con la salud.

Yo me enteré que la Caja de Porto Seguro, que ya le pasaron el cuchillo el 1º de enero, pagaba la cuota del club social y deportivo a sus afiliados. Y con una visión tan amplia de lo que debe ser la salud hacia el futuro, como es la actividad física, y que se la financie nada más ni nada menos que un seguro mutuo a una persona, me parece que es una buena contribución al cuidado de la salud de las personas, cuando no, un elemento que ayuda a la familia a motivar a que los demás tengan el mismo tipo de actividad.

Entonces, realmente, a mí se me podrá decir que la historia empieza mañana, pero mi pregunta es por qué la historia no empezó hace dos años. Y, sobre todo, hago esta pregunta a quien hoy es Ministro de Salud Pública y que participó activamente de las decisiones de Gobierno propiciadas ante el Parlamento para la creación de este nuevo sistema.

Hoy tenemos personas que tienen prestaciones que las pagan de su bolsillo que las van a perder, porque la solución que seguramente usted proyecte, de acuerdo con su criterio, va a ser que para tener estas prestaciones, tengan que pagar más impuestos o más aportes; además del impuesto del FONASA, van a tener que aportar más. Francamente, me parece injusto que se enfrente a un problema resolviéndolo por el lado más corto, es decir, como son pocos que paguen y, si no, que se callen la boca.

Además, en la propia realidad de las Cajas de Auxilio, existen particularidades. Nosotros hemos estado con la coordinadora que vino aquí a presentar varios casos y presentó el de la Caja de CONAPROLE. Si se va a la versión taquigráfica de la reunión que mantuvimos en la que recibimos a la Coordinadora, se nos explica que en CONAPROLE no existe aporte del trabajador. El aporte patronal es de un 8% y dice: "¿Por qué es así? Porque dicho porcentaje fue establecido en la Ley Nº 14.407 de la siguiente manera: un 5% de aporte por parte del patrón, y un 3% por parte del trabajador. Se incorporaron por convenio colectivo y el trabajador no aporta, pero el patrón se hace cargo de ese 3% al igual que de la cuota mutual del hijo menor de catorce años", y además de la mitad de la cuota de los jubilados.

Con este régimen, se termina la mitad de la cuota de los jubilados, se termina el beneficio para el hijo y se termina el beneficio que el patrón le está pagando al empleado hoy en día a través del aporte a la Caja de Auxilio. Pero, además, el empleado va a pasar a pagar impuesto, por lo que ya tenía.

Entonces, creo que lo primero que hay que hacer es reconocer humildemente la injusticia de una solución que puede ser justa para muchos pero que, en este caso en particular, para estos colectivos, es injusta. Y me parece que reconocer la injusticia de una solución de estas características no le puede hacer daño a nadie y, a partir de reconocer la injusticia, empezar a trabajar por encontrar un punto de equilibrio en la justicia.

Nosotros, filosóficamente, estamos a favor del sistema de acuerdos entre patrones y trabajadores para beneficios de seguridad social. Nos parece bien. Y nos parece que el Uruguay debería imitar este mecanismo y no proscribirlo. Y lo que está ocurriendo, con la visión que el Gobierno ha puesto sobre la mesa y con la que particularmente es afecto y directivo el señor Olesker porque lo dijo yo no estoy inventando nada en las Comisiones de Hacienda y de Salud Pública y Asistencia Social cuando se trató este tema, y porque obviamente hoy viene con la interrogante de qué va a pasar hacia el futuro, está claro que el régimen de Cajas de Auxilio se lo va a liquidar por inanición, porque la ley está vigente, las Cajas están vigentes, pero acá hay un comunicado del Banco de Previsión Social que a dos Cajas que el 1º de enero pasaron compulsivamente al régimen del FONASA, las van a poner en liquidación.

Francamente para nosotros es una preocupación política y nos extraña y nos llama la atención que el Gobierno venga al Parlamento a decir: "Vamos a ver. Mañana hemos convocado a una reunión y vamos a ver de qué podemos hablar en este tema". Realmente, quiero tener respuestas más concretas. ¿Qué va a pasar con todas estas prestaciones? ¿Cuál es la solución: que paguen más impuestos los beneficiarios de las Cajas? Eso

es lo que yo quiero saber porque me parece que, para que nosotros tomemos una decisión a nivel parlamentario, debemos tener muy claro cuál es la orientación que tiene el Gobierno, sobre todo porque este tema vamos a ser francos inicia su actual debate a partir de una instancia parlamentaria. No es que el Gobierno hace un año y medio dijo: "Vamos a resolver este tema". No, es por razón de una circunstancia política. Vinieron las Cajas de Auxilio; hay legisladores que se han preocupado; el legislador Radío, el legislador Chiesa Bruno y quien habla, hemos presentado proyectos de ley; nosotros tenemos uno también a estudio en la Comisión de Hacienda que lo que quiere es dejar en claro que el régimen de Cajas de Auxilio tiene que seguir vigente, dándole el marco jurídico y la actualización jurídica para que eso ocurra. Lo que el Gobierno tendría que hacer, a nuestro juicio, es promover la existencia de más Cajas de Auxilio. Sin embargo, se está en la dirección absolutamente contraria: se está desestimulando la vigencia de las Cajas de Auxilio y del sistema de prestaciones accesorias que se han podido lograr por esa vía de acuerdo entre trabajadores y patrones, lo que creemos que es muy importante.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Vamos a redondear nuestra intervención.

Creo que el ejemplo de CONAPROLE que puso el señor Diputado Trobo es justamente en sentido contrario. El muchacho menor de catorce años, en lugar de pagar media cuota, va a estar gratis porque al ingresar al FONASA, lo tienen gratis.

SEÑOR TROBO.- En ese caso; lo demás, no.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Y no hay ninguna razón para que CONAPROLE no pueda seguir pagando el 3% del aporte del trabajador. Es un acuerdo colectivo y lo puede seguir pagando.

No habría ninguna razón, por el hecho de cambiar de sistema, por la cual deje de pagar el 3%, porque desde el punto de vista del costo de la empresa, es igual.

SEÑOR TROBO.- No es igual.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Es igual, porque el empresario aporta un 5% y un 3% por convenio colectivo el 3% lo aporta la empresa y no el trabajador, y lo aporta al FONASA o a la Caja de Auxilio. Es exactamente igual. El Sindicato de CONAPROLE AOEC lo consiguió a través de un convenio colectivo; no hay ninguna razón para que lo pierda. El niño también tiene su atención. Habrá que ver cómo se financian las medias cuotas de los jubilados y demás. Por lo tanto, precisamente ese es un ejemplo que muestra que, en realidad, los trabajadores de CONAPROLE no van a tener pérdida, en especial aquellos que tienen hijos menores de dieciocho años, por el que hoy pagaban; si tienen hijos de entre catorce y dieciocho años era peor la situación, porque pagaban una cuota entera. Conozco muy bien este convenio…

(Interrupción del señor Representante Trobo)

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay un Diputado anotado para hacer uso de la palabra.

SEÑOR TROBO.- El señor Ministro de Salud Pública es especialista en economía y yo no, pero se va a encarecer la mano de obra.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No.

SEÑOR TROBO.- Alguien va a pagar el impuesto. ¿Quién lo va a pagar?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No, porque el 5% y el 3%...

SEÑOR TROBO.- ¿El trabajador va a pagar el Impuesto del FONASA o no?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Va a pagar el 1,5% adicional; el 3%...

SEÑOR TROBO.- ¡Pero va a perder las prestaciones accesorias!

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No; no las va a perder. Las va a mantener. Además, van a tener derecho sus hijos y, además, va a tener derecho a que, cuando se jubile…

SEÑOR TROBO.- Pero ¿quién va a pagar el Impuesto? El empleado de CONAPROLE.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Al igual que todas las empresas del país, cuando se incrementaron. ¡Lo va a pagar el trabajador!

SEÑOR TROBO.- ¡Claro! ¡Por eso: va a aumentar el costo de la mano de obra!

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Discúlpeme, pero no es así. El trabajador, que va a pasar de 3% a 6% va a tener la cobertura de su hijo de manera gratuita, y el trabajador que va a pasar de…

SEÑOR TROBO.- Pero ¿va a pagar más o no?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Sí, pero a cambio de ello tendrá a su hijo en el sistema mutual, y eso es descuento nominal y no afecta el costo laboral, en absoluto. Precisamente, este es un buen ejemplo de que pasa todo lo contrario.

SEÑORA PRESIDENTA.- Solicito que se mantenga el orden del debate.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Resumo: para nosotros hay imposibilidad de promover la continuidad legal de estas soluciones para las prestaciones complementarias. No queremos promover Cajas de Auxilio para dar seguro de salud. El seguro de salud es universal, único y solidario. Lo que sí queremos promover es que donde haya prestaciones complementarias, se mantenga la legalidad de esas organizaciones. Por lo tanto, esas prestaciones complementarias no se van a perder, sino que hay que reorganizarlas en un nuevo sistema. Queremos discutir el financiamiento de esas prestaciones, saber cuál es el margen para financiarlas en los acuerdos entre trabajadores y empresarios, y también estamos dispuestos a discutir qué es lo que puede aportar el Estado en la perspectiva de la negociación colectiva. Sobre eso, claramente hoy no tenemos respuesta porque depende de la discusión en la negociación y de una elaboración presupuestal, pero sí tenemos respuesta para los dos primeros puntos que acabo de mencionar como resumen de nuestra presentación.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero señalar que vamos a tener más solicitudes de entrevista, por lo que seguramente este tema estará en la agenda de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social en varias sesiones; este asunto no está agotado. Y tenemos la intención de articular entrevistas con todos los actores que tienen intereses especiales en este tema para poder llegar a la mejor solución.

Por otra parte, me pareció interesante la presentación que se hizo no me estoy apartando del tema; esperamos poder analizar en otra oportunidad los temas del programa que tienen que ver con la salud mental y con la salud bucal, que me resultaron muy importantes, para mencionar solo dos de las cinco líneas de trabajo que se presentaron.

SEÑOR RADÍO.- En la misma línea, nos gustaría profundizar en cuestiones vinculadas con la regulación del sistema, que nos parece muy interesante.

Uno no pone en cuestión la sensibilidad de las autoridades no se puede discutir sobre sensibilidades, pero no estoy seguro de si tenemos coincidencias filosóficas, porque, en definitiva, la cuestión es: "No hay más remedio que existan las Cajas de Auxilio" o "Nos parece bueno que existan las Cajas de Salud". Me parece que esa es una discusión que tenemos arriba de la mesa, y no hay más remedio, además, porque hay movilización pública, porque como decía recién el señor Ministro el tema tomó estado público.

En realidad, en nuestra perspectiva, lo deseable es que se estimulen las Cajas de Auxilio. Como decía al principio, creo que es una experiencia digna de ser mostrada con orgullo. Además, las Cajas de Auxilio surgen al amparo del Convenio Nº 130 de la OIT como seguros de salud surgen así, en un sistema sobre el cual el señor Ministro dijo que no debería tener perforaciones, pero que ya tiene, y muchas; es como aplicar a las cajas de salud cosas que nosotros creemos que hacen agua por todos lados.

Por otra parte, todo depende de cómo se mire. Cuando el señor Ministro decía que el financiamiento de las prestaciones adicionales se haría con plata del FONASA, se está hablando de plata que el FONASA no tiene en el momento actual; en realidad, es plata que tienen las Cajas de Auxilio y que, eventualmente, se incorporaría al FONASA, pero se incorporaría o no, en la medida en que apostemos por la sobrevivencia de las Cajas de Auxilio.

Por un lado, las Cajas de Auxilio están en proceso de liquidación y, por otro, tenemos propuestas concretas arriba de la mesa, pero no hay contrapartida. Lo que tenemos es la posibilidad de un diálogo que comenzaría mañana, pero no hay propuesta de contrapartida; solo se plantea la liquidación.

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión agradece la presencia del señor Ministro de Salud Pública y de las autoridades. Enviaremos la versión taquigráfica de esta reunión por medio del señor Prosecretario de Comisión.

Queda pendiente alguna reflexión mayor de estos temas del programa. El hecho de que se señale que se han creado 4.500 puestos de trabajo es muy bueno para las políticas sociales que se están llevando adelante.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Cuando lo dispongan, estaremos nuevamente por aquí.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la reunión.